Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

FELDUNTERSUCHUNG ZUR SOZIALEN UND RÄUMLICHEN GLIEDERUNG DER STATIONÄREN PATIENTEN DER ABTEILUNG FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN TÜBINGEN IN DEN JAHREN 1974 BIS 1976

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Brigitte Keyser
aus Reutlingen

1980

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

FELDUNTERSUCHUNG ZUR SOZIALEN UND RÄUMLICHEN GLIEDERUNG DER STATIONÄREN PATIENTEN DER ABTEILUNG FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN TÜBINGEN IN DEN JAHREN 1974 BIS 1976

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Brigitte Keyser
aus Reutlingen

1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. G. Rassner
Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	1
1. Einleitende Fragestellung	1
2. Methodik	2
II. Untersuchungsergebnisse	3
1. Patientenzahlen	3
2. Staatsangehörigkeit	5
3. Patientengut und Geschlechtsverteilung	5
4. Altersverteilung	7
5. Familiäre Situation	8
6. Stellung in der Geschwisterreihe	11
7. Sozialer Status	13
8. Einweisungsweg	18
9. Einweisungsgrund	19
10. Einzugsbereich	23
a) Regionale Verteilung	23
b) Einzugsraten	29
11. Regionale Verteilung der häufigsten Einweisungsdiagnosen	35
III. Diskussion der einzelnen Ergebnisse	39
1. Geschlechtsverteilung	39
2. Altersverteilung	41

3. Familiäre Situation 42

4. Stellung in der Geschwisterreihe 43

5. Sozialer Status 44

6. Einweisungsweg 45

7. Einweisungsgrund 47

8. Einzugsbereich 52

9. Regionale Verteilung häufiger Einweisungsdiagnosen 54

IV. Zusammenfassung 46

V. Literatur 58

I. E I N L E I T U N G

1. Einleitende Fragestellung

Die vorliegende Feldstudie soll einen Überblick über das Patientengut und den Einzugsbereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Nervenklinik Tübingen geben.
Es wurden die stationären Patienten der Jahre 1974 bis 1976 auf ihre klinische Zusammensetzung und ihre soziale Gliederung hin untersucht.
Neben den Fragen nach der alters- und geschlechtsmäßigen Aufgliederung der Patienten wurde den Fragen nachgegangen, aus welchen Familienverhältnissen die Kinder kamen, wie ihre Stellung in der Geschwisterreihe war und welchen sozialen Status ihre Eltern hatten. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, das Einzugsgebiet der Klinik festzustellen. Es wurde dabei, neben der geographischen Verteilung der Wohnsitze der Patienten, der Frage nach dem Einweisungsweg und den Einweisungsgründen nachgegangen. Ferner wurde versucht, eine Beziehung zwischen den hauptsächlichen Einweisungsdiagnosen und ihrer regionalen Verteilung herzustellen.
Die Frage nach der Zusammensetzung des stationären Patientengutes wurde insbesondere interessant, nachdem H.-W. ZILLHARDT (20) in seiner "Feldun-

tersuchung zur sozialen und räumlichen Gliederung der ambulanten Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen im Jahr 1970" das ambulante Krankengut untersucht hat.

2. Methodik

Die benötigten Daten wurden den Krankengeschichten der Kinder entnommen.
In der Regel waren in ihnen die benötigten Angaben über Geburtsdatum, Geschlecht, Tag der Aufnahme, Anzahl und Alter der Geschwister, familiäre Situation, Beruf des Vaters, Wohnort zum Zeitpunkt der Einweisung, einweisender Arzt und Einweisungsdiagnose bzw. Gründe, die zur Einweisung geführt haben, enthalten.
Die Wohnorte wurden nach ihrer Zugehörigkeit zu den Stadt- und Landkreisen nach der Kreisreform von 1974 zusammengefaßt.

II. U N T E R S U C H U N G S E R G E B N I S S E

1. Patientenzahlen

In den Jahren 1974 bis 1976 wurden insgesamt 719 Kinder stationär aufgenommen. Davon kamen 707 zur statistischen Auswertung, von den restlichen 12 Kindern waren die Krankenakten nicht verfügbar. Unberücksichtigt bleibt dabei, ob diese Kinder während dieser 3 Jahre nur einmal oder mehrmals aufgenommen wurden. Jeder Zugang wird gleich behandelt. Viele Kinder waren vor 1974 schon in stationärer psychiatrischer Behandlung oder noch während 1974 - 76 vor oder nach ihrem Aufenthalt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Nervenklinik Tübingen in anderen psychiatrischen Anstalten. Dies ist aus den Krankengeschichten nicht immer exakt zu eruieren, und eine gesonderte Aufschlüsselung dieser Fälle wäre nur unvollständig möglich gewesen und hätte deshalb ein verfälschtes Bild ergeben.

Die Patientenzahlen schlüsseln sich wie folgt auf (Tab.1) :

	74	75	76
weiblich	98	98	85
davon ausgewertet	94	96	83
männlich	177	136	125
davon ausgewertet	175	136	123

Tab. 1 : Anzahl der stationär aufgenommenen Kinder während den Jahren 1974-76, nach Geschlecht aufgeschlüsselt

Davon waren Mehrfachpatienten (Tab.2) :

Aufnahmezahl	weiblich	männlich
zweimal	15	25
dreimal	8	5
viermal	1	3
fünfmal	-	1
insgesamt	24	34

Tab. 2 : Anzahl der Kinder, die in dem Zeitraum 1974-76 mehrmals stationär in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Nervenklinik Tübingen aufgenommen wurden

2. Staatsangehörigkeit

94,77% der Kinder hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Die restlichen 5,23% (37 Kinder) verteilten sich wie folgt: 11 Türken, 9 Jugoslawen, 7 Italiener, 5 Griechen, 3 Spanier, 1 Marokkaner und 1 Österreicher.
Unter diesen Kindern waren 23 Knaben und 14 Mädchen, was ein Geschlechtsverhältnis Knaben zu Mädchen von 1,64 bedeutet.

3. Geschlechtsverteilung

Von den zur Auswertung gelangten Patienten waren 273 Mädchen und 434 Knaben.
Das Verhältnis Knaben zu Mädchen ist somit 1,59. Auffällig ist dabei, daß in den jüngeren Altersgruppen die Knaben zahlenmäßig stark überwiegen, mit höherem Alter jedoch immer mehr Mädchen aufgenommen werden, so daß sich das Geschlechtsverhältnis immer mehr 1:1 nähert und in der höheren Altersgruppe sogar die Mädchen überwiegen.
Vergleiche mit Tabelle 3 und Abbildung 1.

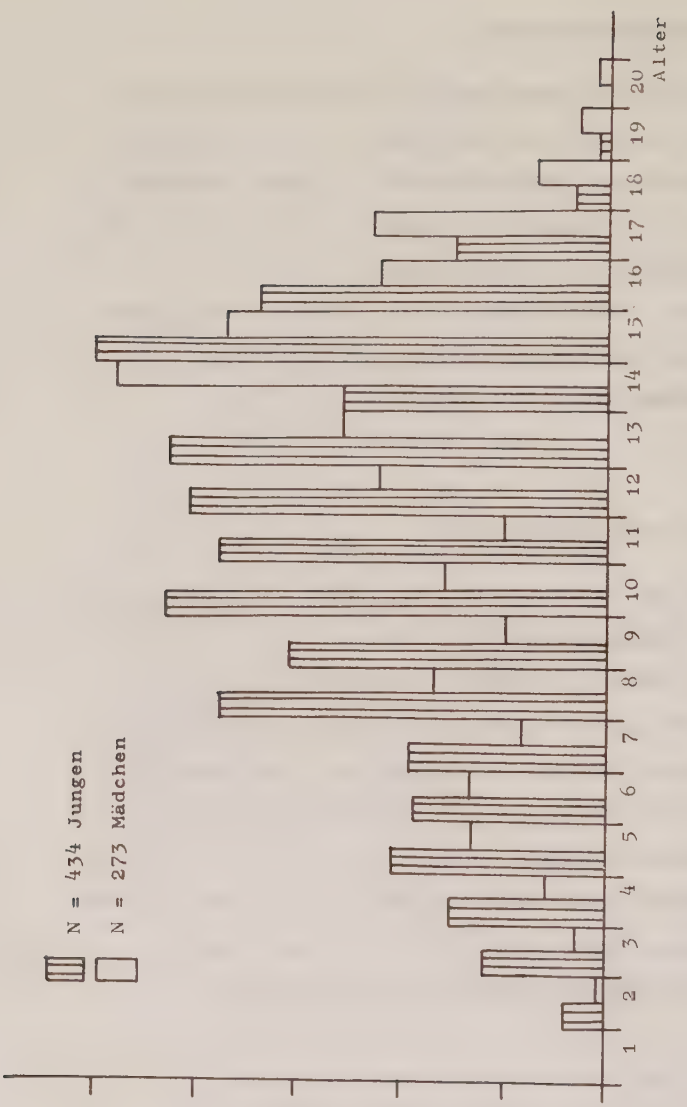

Abb. 1 : Alters- und geschlechtsmäßige Verteilung der Patienten.

Alter	männlich	weiblich	Geschl.verh.
2 - 6	71	31	2,29
7 - 10	150	53	2,83
11 - 14	160	133	1,20
15 - 19	53	56	0,95
zusammen	434	273	1,59

Tab. 3 : Verhältnis Knaben zu Mädchen in den verschiedenen Altersgruppen

4. Altersverteilung

Die Spanne der Altersverteilung umfaßt das 2. bis 19. Lebensjahr, wobei eine deutliche Abnahme ab dem 17. Lebensjahr zu verzeichnen ist. Diese älteren Patienten wurden hauptsächlich zur Gutachten-Erstellung aufgenommen.

Wie aus Abbildung 1 zu ersehen ist, ist ab dem 7. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg der Patientenzahlen zu verzeichnen, mit einem Maximum bei den Mädchen im 13. Lebensjahr und bei den Knaben im 14. Lebensjahr.

Die Altersgruppe 11. bis 14. Lebensjahr stellt alleine 41,4% der gesamten Patienten, gefolgt von der Gruppe 7. bis 10. Lebensjahr mit 28,7% und den fast gleichwertigen Gruppen 15. bis 19. Le-

bensjahr mit 15,4% und 2. bis 6. Lebensjahr mit 14,4%.

Siehe Tabelle 4.

Alter	männlich	weiblich	zusammen	Prozent
2 - 6	71	31	102	14,4
7 - 10	150	53	203	28,7
11 - 14	160	133	293	41,4
15 - 19	53	56	109	15,4

Tab. 4 : Altersverteilung der Patienten

5. Familiäre Situation

Als familiäre Situation wird die momentane Situation registriert, in der sich das Kind zum Zeitpunkt seiner Aufnahme befand.

Dabei wird die familiäre Situation untergliedert in die ursprüngliche Familie, die Teilfamilie (in der das Kind nur mit einem Elternteil aufwächst, weil z.B. die Eltern geschieden bzw. getrennt sind, ein Elternteil gestorben ist oder das Kind unehelich geboren wurde und nun bei der ledigen Mutter aufwächst), die Familie mit einem Stiefelternteil, die Adoptiv- bzw. Pflegefamilie, die verwandte Familie, in der das Kind aufwächst

(meist bei den Großeltern oder z.B. Tante und Onkel) und in die Situation, daß das Kind in einem Heim oder Internat lebt.

Die registrierte Situation entspricht durchaus nicht immer der überwiegenden Situation, in der das Kind heranwächst, denn viele dieser Kinder pendeln zwischen ursprünglicher Familie, Pflegefamilie und Heim hin und her. Manche dieser Kinder waren auch erst kurz vor ihrer stationären Aufnahme aus der ursprünglichen Familie in ein Heim gekommen.

68,9% der Kinder befanden sich in ihrer ursprünglichen Familie, 11,2% kamen aus Heimen oder Internaten, 10,3% aus einer Teilfamilie, 3,5% aus einer Familie mit einem Stiefelternteil, 3,0% aus einer Pflege- oder Adoptivfamilie und 2,0% lebten bei Verwandten. Bei 1,1% der Kinder war aus den Unterlagen nichts über die familiäre Situation zu ersehen.

Vergleiche Abbildung 2 und Tabelle 5.

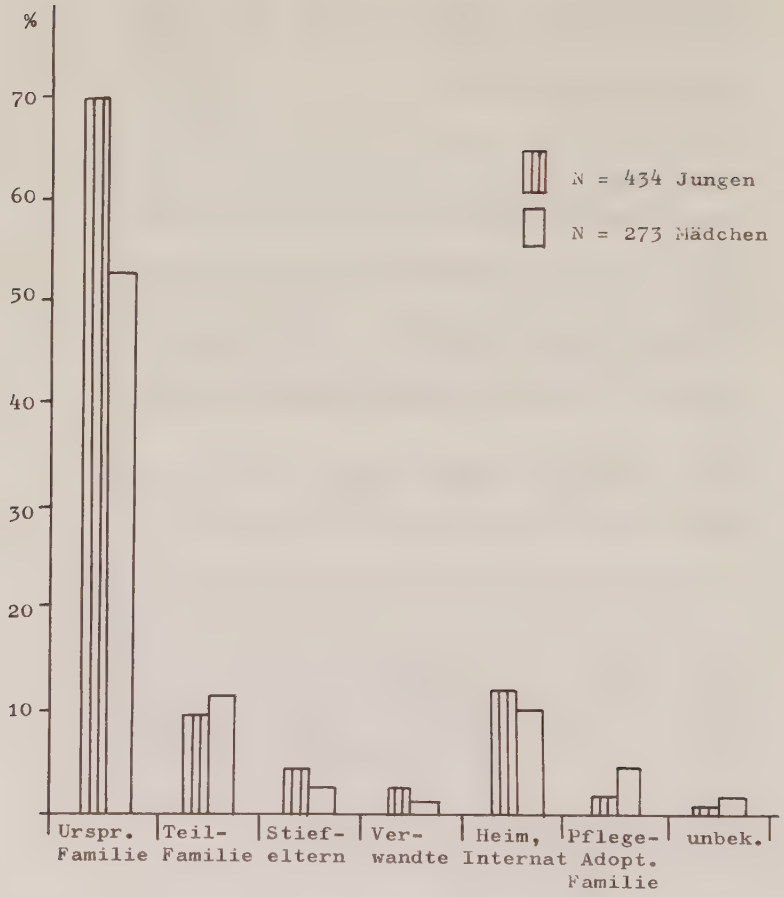

Abb. 2 : Darstellung der familiären Situation in Prozenten vom gesamten Krankengut.

	Jungen	%	Mädchen	%	gesamt %
Ursprüngliche Familie	302	69,7	185	67,8	68,9
Teilfamilie	42	9,7	31	11,3	10,3
Stiefvater o. Stiefmutter	17	3,9	8	2,9	3,5
Verwandte	10	2,3	4	1,5	2,0
Heim, Internat	52	12,0	27	9,9	11,2
Pflege- und Adoptivfamilie	8	1,8	13	4,8	3,0
unbekannt	3	0,7	5	1,8	1,1

Tab. 5 : Aufgliederung der Patienten nach ihrer familiären Situation

6. Stellung in der Geschwisterreihe

Im folgenden soll die Stellung in der Geschwisterreihe als Einzelkind, ältestes, mittleres oder jüngstes Kind mit der Repräsentativbevölkerung von Baden - Württemberg verglichen werden.

Wie aus Tabelle 6 zu entnehmen ist, sind die Einzelkinder mit 16,8 % im Vergleich zu 22,0 %,

	Jungen	%	Mädchen	%	gesamt %	Geschl. Verh.	Repräs.Bev. v. B.-W.
Einzelkinder	83	19,1	50	18,3	16,8	1,66	22
Ältestes	121	27,9	50	18,3	24,2	2,42	29
Mittleres	103	23,7	80	29,3	25,9	1,29	20
Jüngstes	104	24,0	68	24,9	24,3	1,53	29
unbekannt	23	5,3	25	9,2	6,8	0,92	-

Tab. 6 : Stellung in der Geschwisterreihe

die Jüngsten mit 24,3 % gegenüber 29,0 % und die Ältesten mit 24,2 % gegenüber 29,0 % im Vergleich zur Normalbevölkerung unterrepräsentiert.
Dabei fällt auf, daß bei den Ältesten ein starker geschlechtsspezifischer Unterschied besteht, es sind nämlich 27,9 % Knaben und nur 18,3 % Mädchen. Bei den Mittleren, die als einzige Gruppe über den Prozentzahlen der Baden - Württembergischen Repräsentativbevölkerung liegt, nämlich 25,9 % gegenüber 20,0 %, liegt die geschlechtsmäßige Verteilung genau umgekehrt, es sind 23,7 % Knaben und 29,3 % Mädchen.
Es ist bei diesen Zahlen jedoch zu berücksichtigen, daß für 6,8 % der Kinder die Stellung in der Geschwisterreihe nicht ermittelt werden konnte.
Vergleiche Abbildung 3.

7. Sozialer Status

Die einzige Möglichkeit, den sozialen Status der Eltern der stationär behandelten Kinder zu ermitteln, bestand in der Aufteilung nach deren Beruf.
Nach J. A. KAHL und J. A. DAVES ist der Beruf der beste Indikator, um die soziale Schicht einer Person zu bestimmen (15). Da die Berufsangaben in den Krankenblättern jedoch zum Teil sehr ungenau sind,

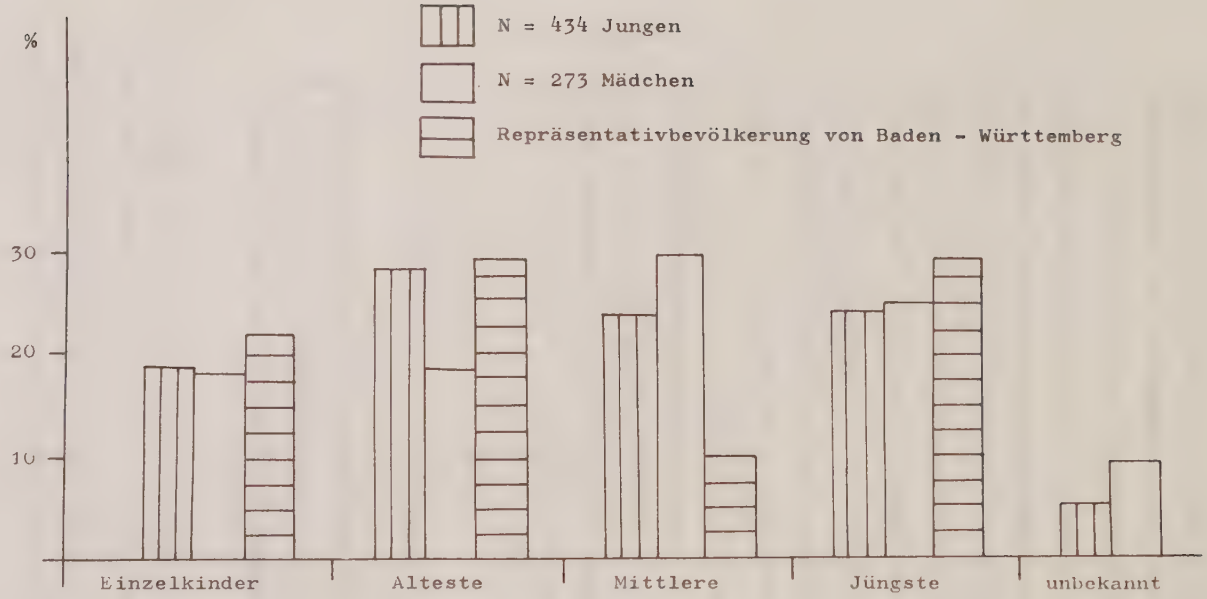

Abb. 3 : Stellung in der Geschwisterreihe, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und im Vergleich zur Repräsentativbevölkerung von Baden - Württemberg.

oder der Beruf aus der Adressette entnommen werden muß, kann nur eine sehr grobe Untergliederung vorgenommen werden.

Im folgenden findet eine Aufschlüsselung in gelernte und ungelernte Arbeiter, Beamte und Angestellte sowie selbständige Berufe statt. Rentner und Nichtarbeitende werden in der Gruppe "unbekannt" zusammengefaßt. Die Akademiker werden, je nach ihrem ausgeübten Beruf, in die vorgenannten Gruppen aufgegliedert.

Dabei ergibt sich, daß die Gruppe der Arbeiter mit 54,18 % deutlich über dem Durchschnittswert der Bevölkerung von Baden - Württemberg mit 45,65 % liegt. Vergleiche Tabelle 7. Die Beamten und Angestellten hingegen sind mit 26,59 % gegenüber 39,54 % deutlich unterrepräsentiert, und die selbständigen Berufe liegen mit 10,60 % gegenüber 14,81 % auch unter dem Durchschnitt. Nicht zu ermitteln sind 8,63 %.

Die Akademiker liegen mit 3,5 % etwas unter dem geschätzten Anteil von Akademikern an der Normalbevölkerung von ZILLHARDT (20) mit 4,8 %.

In Abbildung 4 ist die soziale Herkunft der Patienten im Vergleich zur sozialen Gliederung der Bevölkerung von Baden - Württemberg dargestellt.

Einwohner v. Ba. - Württ. insgesamt	Erwerbstätige insgesamt	Anzahl der Mehrpersonen-haushalte	Prozentanteil der Patienten		
9 139,9	4 017,5	1 905,7		N = 707	
			Jungen N = 434	Mädchen N = 273	gesamt N = 707
Arbeiter	1 809,4	870,0	247	136	383
Prozent	45,04 %	45,65 %	56,91 %	49,82 %	54,18 %
Beamte u. Angest.	1 653,0	753,4	111	77	188
Prozent	41,14 %	39,54 %	25,58 %	28,21 %	26,59 %
Selbst. Berufe	555,1	282,3	44	31	75
Prozent	13,82 %	14,81 %	10,14 %	11,35 %	10,60 %
unbekannt	-	-	32	29	61
Prozent	-	-	7,37 %	10,62 %	8,63 %

Tab. 7 : Soziale Gliederung der Bevölkerung von Baden - Württemberg (nach einer Mikrozensuserhebung von 1976) im Vergleich zur sozialen Herkunft der Patienten

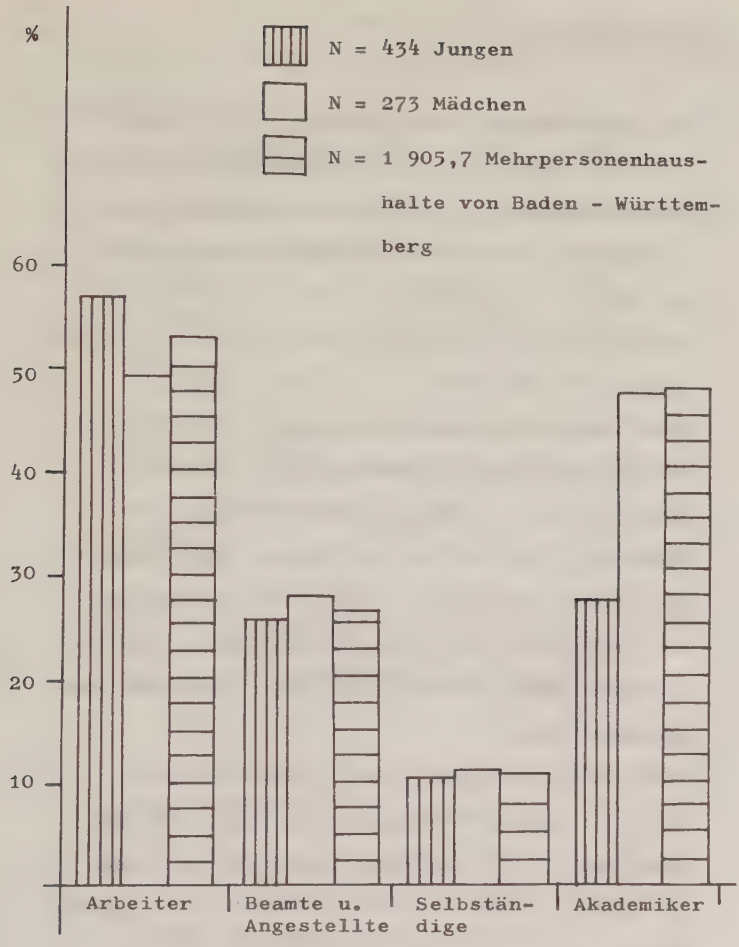

Abb. 4 : Die soziale Herkunft der Patienten (N = 707) im Vergleich zur sozialen Gliederung der Bevölkerung von Baden - Württemberg.

8. Einweisungsweg

Die einweisenden Stellen werden, in Anlehnung an ZILLHARDT (20), in 7 Gruppen unterteilt: Hausarzt, Universitätsklinik bzw. Heimatkrankenhaus, Nervenfacharzt, eigene Initiative bzw. Initiative der Eltern, Kinderarzt, Gericht bzw. Vormundschaftsgericht und übrige einweisende Stellen wie Schule und Jugendamt.

Unter den Einweisungen auf eigene Initiative werden die Aufnahmen zusammengefaßt, bei denen im Arztbrief oder in den Aufnahmeunterlagen vermerkt ist, daß das Kind auf Wunsch oder Drängen der Eltern aufgenommen wurde, bzw. diejenigen, bei denen die Eltern ohne Uberweisung in die Poliklinik kamen und das Kind gleich stationär aufgenommen wurde.

Etwa ein Drittel der Kinder, nämlich 34,8 %, wurde vom Hausarzt eingewiesen, 15,6 % von Kliniken und 15,4 % vom Nervenfacharzt. Es folgen der Kinderarzt mit 14,4 % und Schule bzw. Jugendamt mit 13,3 %. Nur bei 4,5 % war ersichtlich, daß die Einweisung auf alleinige Initiative der Eltern erfolgte bzw. in 2 Fällen die Kinder von sich aus in die Klinik kamen, und 2,0 % wurden durch ein Gericht eingewiesen.

Vergleiche Tabelle 8.

	Mädchen	Knaben	insgesamt	%
Hausarzt	86	160	246	34,8
Universitätsklinik (Heimatkrankenhaus)	68	42	110	15,6
Nervenfacharzt	36	73	109	15,4
eigene Initiative (Eltern)	9	23	32	4,5
Kinderarzt	32	70	102	14,4
Gericht (Vormundschafts -)	4	10	14	2,0
übrige einweisende Stellen (Schule, Jugendamt)	38	56	94	13,3
gesamt	273	434	707	100,0

Tab. 8 : Gliederung der einweisenden Stellen und ihre prozentuale Verteilung

9. Einweisungsgrund

Die Einteilung der Aufnahmegründe in einzelne Gruppen ist nicht ohne Schwierigkeiten, denn viele dieser Einweisungsgründe überschneiden sich (z.B. Verhaltensstörungen und Schulschwierigkeiten), beziehungsweise waren parallel zueinander vorhanden. Die Kinder werden der Gruppe zugeordnet, auf die bei der Darstellung ihrer Schwierigkeiten im Einweisungsschein und Arztbrief das

Hauptgewicht gelegt wurde.

Es ergibt sich, daß die Verhaltensstörungen mit 19,8 % mit Abstand der häufigste Einweisungsgrund waren. Es folgen: Enuresis und Enkopresis 10,9 %, Anfälle 9,8 %, Schulschwierigkeiten 8,4 %, Sprach- und Entwicklungsstörungen 7,1 %, Psychoseverdacht 5,9 %, Anorexia nervosa und neurologische Erkrankungen je 5,5 % und Suicidversuche 5,1 %. Zur diagnostischen Abklärung einer Oligophrenie wurden 3,5 % der Kinder aufgenommen und zur Gutachtenerstellung 3,4 %. Die restlichen 15,1 % verteilten sich auf andere Gründe, die wegen ihrer Vielzahl und Spezialität nicht näher aufgeführt werden. Vergleiche dazu Tabelle 9 und Abbildung 5.

Es fällt auf, daß bei der Geschlechtsverteilung in den einzelnen Gruppen die Knaben bei den Schulschwierigkeiten (Geschlechtsverhältnis Knaben zu Mädchen 5,6) und bei Psychoseverdacht (Geschlechtsverhältnis 3,7) zahlenmäßig stark überwiegen, wohingegen die Mädchen in der Gruppe Anorexia nervosa stark überwiegen (Geschlechtsverhältnis 0,1).

Bei einer Aufschlüsselung der Einweisungsgründe auf die einzelnen Jahre von 1974 bis 1976 ist zu erkennen, daß bei den Mädchen der Anteil an Verhaltensstörungen zunimmt (8,5 % im Jahre 1974,

Einweisungsgrund	Jungen	Mädchen	insgesamt	♂ : ♀	Prozent
Verhaltensstörung	100	40	140	2,5	19,8
Enuresis u. Enkopresis	55	22	77	2,5	10,9
Anfälle	38	31	69	1,2	9,8
Schulschwierigkeiten	50	9	59	5,6	8,4
Sprach- u. Entwicklungs-störung	30	20	50	1,5	7,1
Psychoseverdacht	33	9	42	3,7	5,9
Anorexie	5	34	39	0,1	5,5
neurol. Erkrankung	28	11	39	2,5	5,5
Suicidversuch	11	25	36	0,4	5,1
Abklärung e. Debilität	16	9	25	1,8	3,5
Gutachten	15	9	24	1,7	3,4
sonstige Gründe	53	54	107	1,0	15,1

Tab. 9 : Gliederung der untersuchten Patienten nach häufigen Einweisungsdiagnosen und daraus sich ergebende prozentuale Verteilung

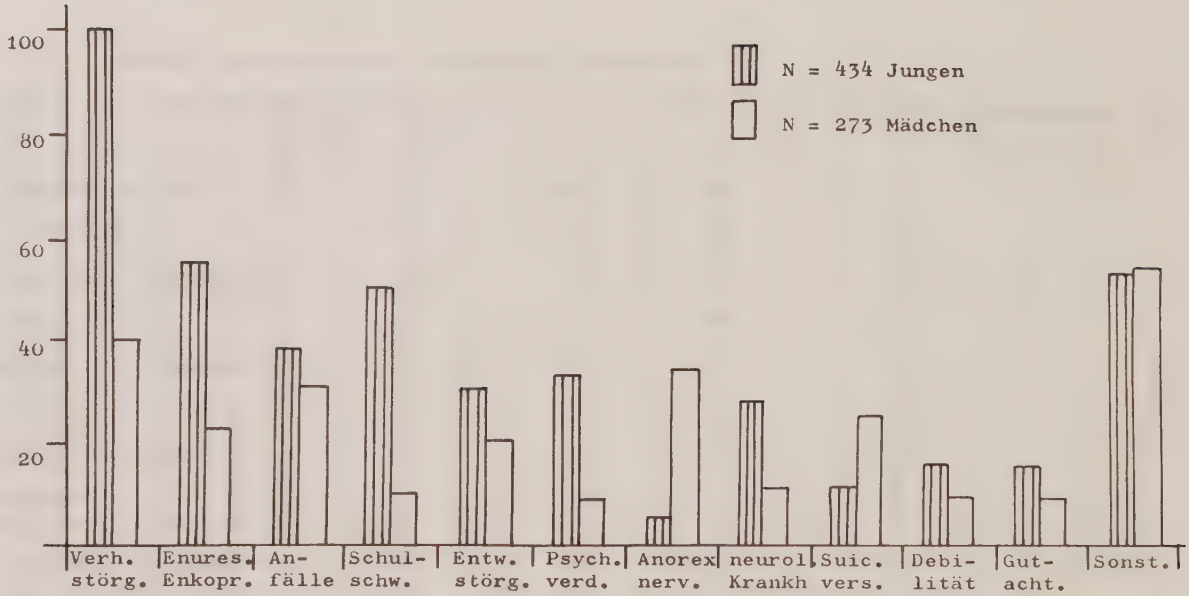

Abb. 5 : Häufige Einweisungsdiagnosen, aufgeschlüsselt nach der Geschlechtsverteilung.

15,6 % 1975 und 16,9 % 1976), und bei beiden Geschlechtern mehr Kinder wegen Schulschwierigkeiten eingewiesen werden. Vergleiche Tabelle 10.

10. Einzugsbereich

a) Regionale Verteilung

Nach den Angaben des Wohnortes der Eltern zur Zeit der Einweisung des Kindes wird eine regionale Aufteilung vorgenommen, indem die Zahl der Patienten in einem Stadt- bzw. Landkreis aufsummiert wird.

Dabei stellt sich heraus, daß 3/4 aller Patienten aus Württemberg (74,8%) und fast das ganze restliche Viertel (22,1 %) aus Baden stammte.

Wie aus Tabelle 12 zu ersehen ist, stellten die Kreise Tübingen (9,2 %), Reutlingen (8,9 %) und Esslingen (8,6 %) dabei zahlenmäßig die meisten Patienten.

Bei der Betrachtung der kilometermäßigen Entfernung der Wohnorte von Tübingen zeigt sich (Tabelle 11), daß aus dem Umkreis von 20 km Luftlinie 20,4 % der Kinder kamen, aus dem Umkreis 20 - 40 km 27,0 %, 40 - 60 km 26,4 % und mehr als 60 km entfernt 26,2 %.

Aus dem direkten Umkreis von Tübingen kamen also

Einweisungsdiagnosen	Jungen 1974	Jungen 1975	Jungen 1976	Mädchen 1974	Mädchen 1975	Mädchen 1976
Verhaltensstörungen	42 24,00 %	36 26,47 %	30 24,39 %	8 8,51 %	15 15,63 %	14 16,87 %
Schulschwierigkeiten	18 10,29 %	15 11,03 %	16 13,01 %	2 2,13 %	3 3,12 %	4 4,82 %
Enuresis u. Encopresis	18 10,29 %	17 12,50 %	21 17,07 %	9 9,57 %	7 7,29 %	6 7,23 %
Verdacht auf Psychose	12 6,86 %	14 10,29 %	7 5,69 %	4 4,26 %	5 5,21 %	3 3,61 %
Sprach- u. Entwicklungs-störungen	13 7,43 %	11 8,09 %	7 5,69 %	9 9,57 %	4 4,17 %	6 7,23 %
Abklärung e. Debilität	9 5,14 %	3 2,20 %	3 2,44 %	3 3,19 %	- -	3 3,61 %
Anfälle	18 10,29 %	8 5,88 %	10 8,13 %	12 12,77 %	10 10,42 %	12 14,46 %

Tab. 10/I : Aufschlüsselung der häufigen Einweisungsdiagnosen auf die Jahre 1974 bis 1976, getrennt nach Geschlechtern.

Einweisungsdiagnosen	Jungen 1974	Jungen 1975	Jungen 1976	Mädchen 1974	Mädchen 1975	Mädchen 1976
neurol. Erkrankungen	16 9,14 %	6 4,41 %	5 4,07 %	8 8,51 %	3 3,12 %	3 3,61 %
Suicidversuch	5 2,85 %	1 0,74 %	5 4,07 %	8 8,51 %	11 11,46 %	5 6,03 %
Anorexia nervosa	1 0,57 %	1 0,74 %	3 2,44 %	9 9,57 %	14 14,58 %	11 13,25 %
Gutachten	5 2,85 %	7 5,15 %	1 0,81 %	1 1,07 %	7 7,29 %	1 1,21 %
sonstige Gründe	18 10,29 %	17 12,50 %	15 12,19 %	21 22,34 %	17 17,71 %	15 18,07 %
gesamt	175 100,00 %	136 100,00 %	123 100,00 %	94 100,00 %	96 100,00 %	83 100,00 %

Tab. 10/II : Aufschlüsselung der häufigen Einweisungsdiagnosen auf die Jahre 1974 bis 1976, getrennt nach Geschlechtern.

weniger Kinder als aus den Gebieten, die 20 - 40 Kilometer und 40 - 60 Kilometer entfernt sind. Vergleiche auch Abbildung 6.

Entfernung (Luftlinie)	N	%	
Tübingen	29	4,1	20,4
Reutlingen	36	5,1	
sonstige bis 20 km	79	11,2	
20 - 40 km	191	27,0	
40 - 60 km	187	26,4	
über 60 km	185	26,2	
gesamt	707	100,0	

Tab. 11 : Entfernung vom Wohnort der Patienten bis Tübingen

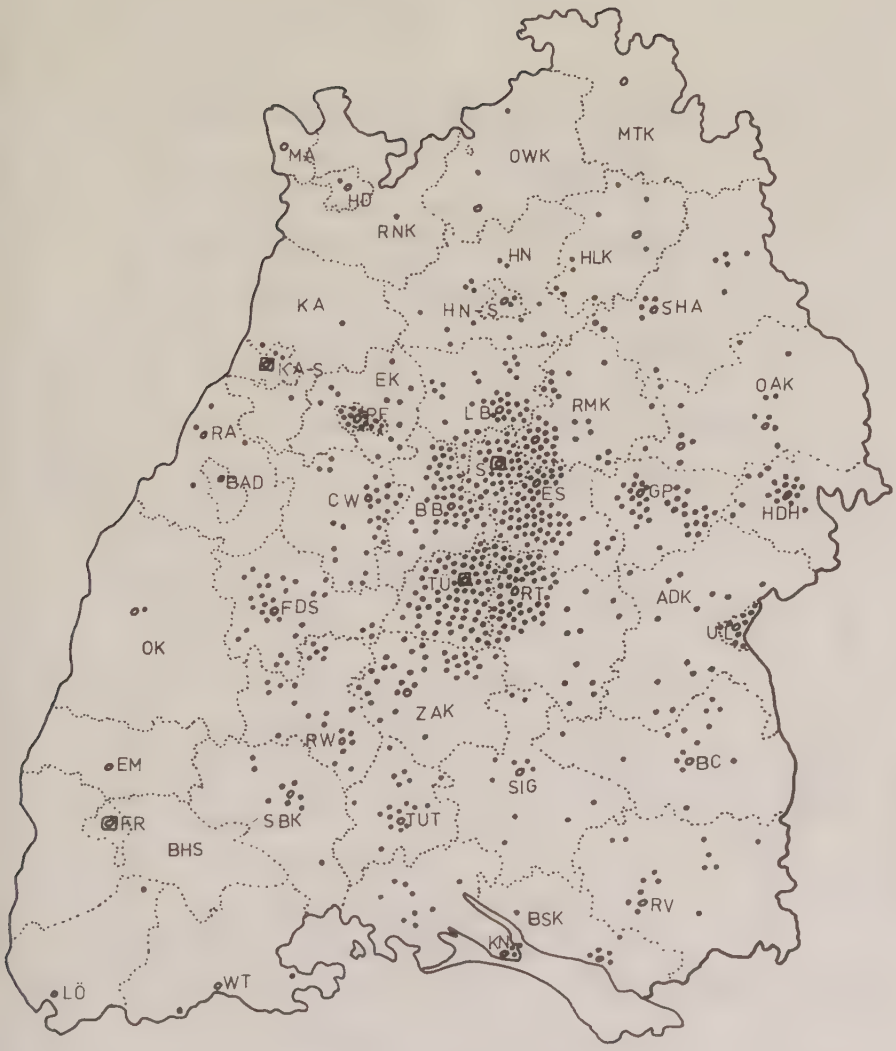

Abb. 6/I : Regionale Verteilung der Wohnorte der Patienten aus Baden - Württemberg. N = 685.

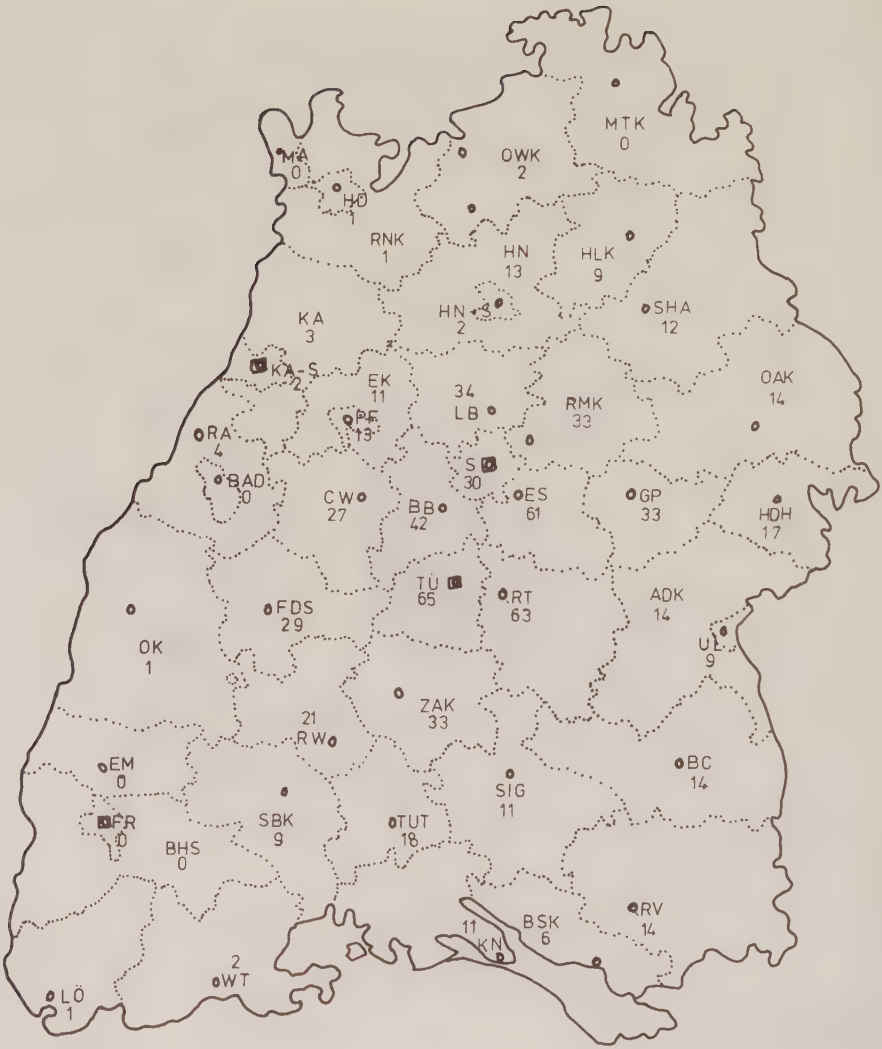

Abb. 6/II : Regionale Verteilung der Wohnorte der Patienten aus Baden - Württemberg. N = 685.

b) Einzugsraten

Die Einzugsraten sind auf die fortgeschriebene Wohnbevölkerung von Baden - Württemberg am 1.1.1974 bezogen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg). Es wurde die Patientenzahl pro 10 000 Einwohner berechnet.
Die höchste Einzugsrate wies Tübingen mit 4,0 auf, gefolgt von Freudenstadt (2,9), Reutlingen (2,7) und Calw (2,1). Einzugsraten zwischen 1 und 2 wiesen auf: Der Zollernalbkreis (1,9), Rottweil (1,6), Tuttlingen (1,6), Böblingen (1,4), Esslingen (1,4), Göppingen (1,4), Heidenheim (1,3), Pforzheim (1,3), der Hohenlohe - Kreis (1,1) und Ulm (1,0). Die übrigen Stadtkreise haben Einzugsraten unter 1,0, die genauen Werte sind aus Tabelle 12 zu ersehen.
Ein Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Einzugsrate konnte dabei nicht ermittelt werden (Abbildung 7).
Der Regierungsbezirk Tübingen wies mit 1,5 die höchste Einzugsrate auf, gefolgt von Stuttgart mit 0,9. Der Regierungsbezirk Karlsruhe hatte nur eine Einzugsrate von 0,4 und Freiburg von 0,3.
In Tabelle 12 sind die Einzugsraten für alle Stadt- und Landkreise von Baden - Württemberg dargestellt.

Stadt- u. Landkreise		Einwohner-zahlen	Bevölkerungs-dichte	Patienten ♂	♀	N	Einzugs-rate
Böblingen	BB	304520	483,5	20	22	42	1,4
Esslingen	ES	432 613	686,9	39	22	61	1,4
Göppingen	GP	232 933	363,1	15	18	33	1,4
Heidenheim	HDH	126 999	203,5	13	4	17	1,3
Hohenlohekreis	HLK	84 933	109,8	7	2	9	1,1
Heilbronn	HN	244 275	218,8	9	4	13	0,5
Heilbronn - Stadt	HN-S	108 956	1 265,5	1	1	2	0,2
Ludwigsburg	LB	426 897	621,2	19	15	34	0,8
Main - Tauber - Kreis	MTK	127 332	97,6	-	-	-	-
Ostalbkreis	OAK	276 749	180,6	13	1	14	0,5
Rems - Murr - Kreis	RMK	351 470	408,8	21	12	33	0,9
Stuttgart	S	624 835	3 016,3	14	16	30	0,5
Schwäbisch Hall	SHA	150 528	102,9	6	6	12	0,8
Regierungsbez. Stuttgart		3 366 979	596,8	177	123	300	0,9

Tab. 12/I : Regionale Verteilung der Wohnsitze der Patienten des Jahres 1974 im Regierungsbezirk Stuttgart unter Berücksichtigung der Einzugsrate (Pat. pro 10 000 Einw.)

Stadt- u. Landkreise		Einwohner-zahlen	Bevölkerungs-dichte	Patienten ♂	♀	N	Einzugs-rate
Baden - Baden	BAD	42 281	371,7	-	-	-	-
Calw	CW	126 054	158,7	16	11	27	2,1
Enzkreis	EK	164 473	277,9	6	5	11	0,7
Freudenstadt	FDS	98 736	112,7	18	11	29	2,9
Heidelberg	HD	120 925	1 282,8	1	-	1	0,08
Karlsruhe	KA	368 697	331,6	2	1	3	0,08
Karlsruhe - Stadt	KA-S	268 297	1 828,8	2	-	2	0,1
Mannheim	MA	325 386	2 244,8	-	-	-	-
Odenwaldkreis	OWK	132 673	118,0	1	1	2	0,15
Pforzheim	PF	99 188	1 241,2	9	4	13	1,3
Rastatt	RA	193 035	256,8	4	-	4	0,2
Rhein - Neckar - Kreis	RNK	455 862	422,7	1	-	1	0,02
Regierungsbez. Karlsruhe		2 400 607	720,6	60	33	93	0,4

Tab. 12/II : Regionale Verteilung der Wohnsitze der Patienten des Jahres 1974 im Regierungs-bezirk Karlsruhe unter Berücksichtigung der Einzugsrate (Pat. pro 10 000 Einw.)

Stadt- u. Landkreise		Einwohnerzahlen	Bevölkerungsdichte	Patienten ♂	♀	N	Einzugsrate
Breisgau - Hochschwarzwald	BHS	186 200	133,1	-	-	-	-
Emmendingen	EM	127 913	188,3	-	-	-	-
Freiburg im Breisgau	FR	174 997	1 336,0	-	-	-	-
Konstanz	KN	232 680	284,5	7	4	11	0,5
Lörrach	LÖ	196 278	243,2	-	1	1	0,05
Ortenaukreis	OK	356 855	192,0	1	-	1	0,03
Rottweil	RW	131 284	170,6	11	10	21	1,6
Schwarzwald - Baar-Kreis	SBK	202 138	197,4	5	4	9	0,5
Tuttlingen	TUT	111 460	151,8	9	9	18	1,6
Waldshut	WT	143 389	126,4	1	1	2	0,1
Regierungsbezirk Freiburg		1 863 194	302,3	34	29	63	0,3

Tab. 12/III : Regionale Verteilung der Wohnsitze der Patienten des Jahres 1974 im Regierungsbezirk Freiburg unter Berücksichtigung der Einzugsrate (Pat. pro 10 000 Einw.)

Stadt- u. Landkreise		Einwohner-zahlen	Bevölkerungs-dichte	Patienten ♂	♀	N	Einzugs-rate
Alb - Donau- Kreis	ADK	161 541	115,1	7	7	14	0,9
Biberach	BC	150 199	107,2	12	2	14	0,9
Bodenseekreis	BSK	161 906	244,1	6	-	6	0,4
Reutlingen	RT	236 687	215,3	39	24	63	2,7
Ravensburg	RV	225 058	137,2	12	2	14	0,6
Sigmaringen	SIG	113 209	94,0	6	5	11	1,0
Tübingen	TÜ	164 517	316,9	39	26	65	4,0
Ulm	UL	92 921	1 203,0	6	3	9	1,0
Zollernalbkreis	ZAK	176 497	193,7	21	12	33	1,9
Regierungsbezirk Tübingen		1 482 535	291,8	148	81	229	1,5

Tab. 12/IV : Regionale Verteilung der Wohnsitze der Patienten des Jahres 1974 im Regierungsbezirk Tübingen unter Berücksichtigung der Einzugsrate (Pat. pro 10 000 Einw.)

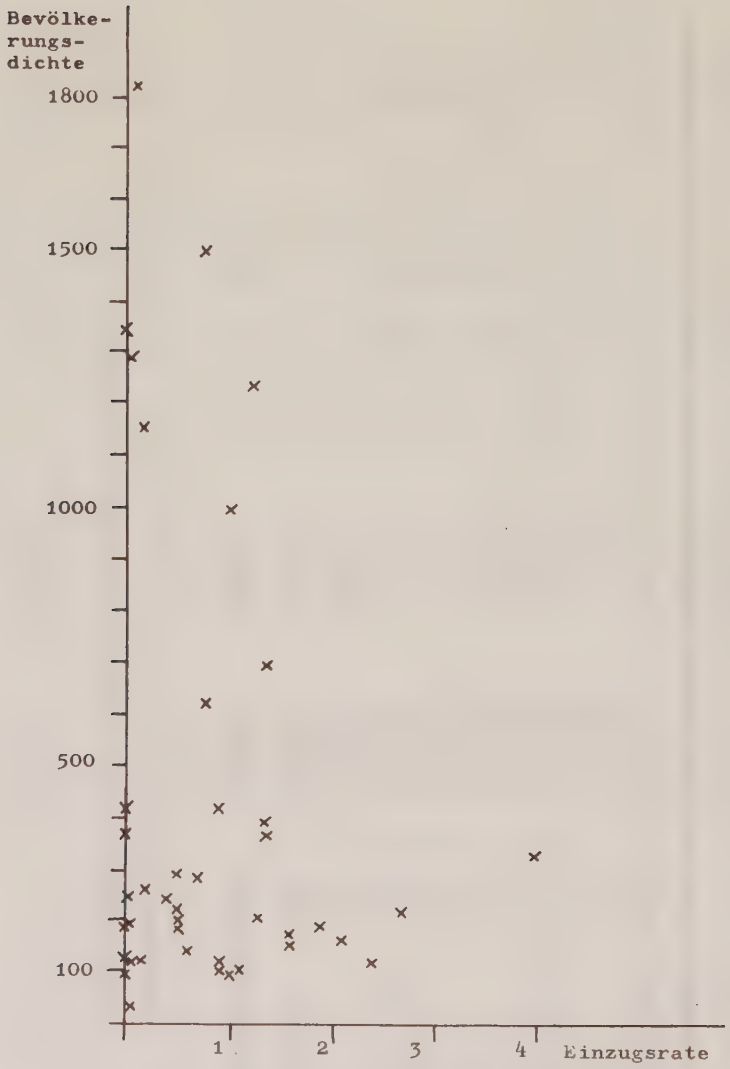

Abb. 7 : Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Einzugsrate

11. Regionale Verteilung der Patienten mit häufigen Einweisungsdiagnosen

Die häufigsten Einweisungsdiagnosen waren Verhaltensstörungen (19,8 %), Enuresis und Enkopresis (10,9 %), Anfallsleiden (9,8 %), Schulschwierigkeiten (8,4 %) und Sprach- und Entwicklungsstörungen (7,1 %).

Im folgenden soll nun die Verteilung dieser fünf Störungen, die zusammen 56 % des Krankengutes ausmachen, auf die angrenzenden Kreise von Tübingen dargestellt werden.

Aus Tabelle 13 ist ersichtlich, daß aus den Kreisen Böblingen, Calw, Esslingen, Freudenstadt, Göppingen, Reutlingen, Rottweil, Stuttgart, Tübingen, Tuttlingen und dem Zollernalbkreis 58,23 % aller Patienten mit diesen Störungen kamen. Einwohnermäßig stellen diese Kreise 28,57 % der Bevölkerung von Baden - Württemberg.

Am stärksten vertreten waren dabei die Kreise Reutlingen (14,6 %) und Esslingen (13,4 %).

Bei Betrachtung der einzelnen Störungen führten bei den Verhaltensstörungen Tübingen und Tuttlingen mit je 10,7 % aller Verhaltensstörungen, dann kamen Reutlingen mit 9,3 %, Böblingen und Göppingen mit je 7,1 %, Stuttgart mit 6,4 % und Esslingen mit 5,7 %. Die anderen Kreise liegen

Kreis	Einwohner	Pat. insges. /100 000 EW	Verhaltensstörung N = 140			Enuresis u. Enkopresis N = 77		
			Anzahl/ Kreis	% von N	Patient/ 100 000 EW	Anzahl/ Kreis	% von N	Patient/ 100 000 EW
BB	304 520	13,8	10	7,1	3,3	3	3,9	1,0
CW	126 054	21,4	5	3,6	4,0	2	2,6	1,6
ES	432 613	14,1	8	5,7	1,8	9	11,7	2,1
FDS	98 736	29,4	2	1,4	2,0	4	5,2	4,1
GP	232 933	14,2	10	7,1	4,3	2	2,6	0,9
RT	236 687	26,6	13	9,3	5,5	4	5,2	1,7
S	624 835	4,8	9	6,4	1,4	-	-	-
TU	164 517	39,5	15	10,7	9,1	3	3,9	1,8
TUT	111 460	16,1	15	10,7	13,5	3	3,9	2,7
RW	131 284	16,0	3	2,2	2,3	3	3,9	2,3
ZAK	176 497	18,7	5	3,6	2,8	4	5,2	2,3
zus.	2 640 136	16,0	95	67,8	3,6	37	48,1	1,4

Tab. 13/I : Regionale Verteilung häufiger Einweisungsdiagnosen

Kreis	Anfälle N = 69			Schulschwierigkeiten N = 59			Sprach- u. Entw.Störung		
	Anzahl/ Kreis	% von N	Patient/ 100 000 EW	Anzahl/ Kreis	% von N	Patient/ 100 000 EW	Anzahl/ Kreis	% von N	Patient/ 100 000 EW
BB	4	5,8	1,3	4	6,8	1,3	2	4,0	0,7
CW	5	7,2	4,0	-	-	-	2	4,0	1,6
ES	5	7,2	1,2	4	6,8	0,9	3	6,0	0,7
FDS	4	5,8	4,1	2	3,4	2,0	2	4,0	2,0
GP	6	8,7	2,6	2	3,4	0,9	1	2,0	0,4
RT	4	5,8	1,7	8	13,5	3,4	3	6,0	1,3
S	6	8,7	1,0	4	6,8	0,6	1	2,0	0,2
TÜ	4	5,8	2,4	1	1,7	0,6	2	4,0	1,2
TUT	4	5,8	3,6	1	1,7	0,9	2	4,0	1,8
RW	3	4,4	2,3	1	1,7	0,8	1	2,0	0,8
ZAK	2	2,9	1,2	1	1,7	0,6	4	8,0	2,3
zus.	47	68,1	1,8	28	47,5	1,1	23	46,0	0,9

Tab. 13/II : Regionale Verteilung häufiger Einweisungsdiagnosen

unter 4 %, die Prozentzahlen sind aus Tabelle 13 zu entnehmen.

Bei den Störungen Enuresis und Enkopresis hatte Esslingen mit 11,7 % den weitaus höchsten Anteil, Freudenstadt, Reutlingen und der Zollernalbkreis stellten je 5,2 %. Die anderen Kreise waren mit weniger als 4 % beteiligt.

Unter den Kindern mit Anfallsleiden ist die regionale Verteilung relativ gleichmäßig: 8,7 % kamen aus Göppingen, je 7,2 % aus Calw und Esslingen, je 5,8 % aus Böblingen, Freudenstadt, Reutlingen, Tübingen und Tuttlingen. Es folgte Rottweil mit 4,4 %, und aus dem Zollernalbkreis kamen 2,9 %.

Mit Schulschwierigkeiten kamen 13,5 % aus Reutlingen, aus Böblingen, Esslingen und Stuttgart je 6,8 %, aus den übrigen Kreisen weniger als 4 %.

Bei den Sprach- und Entwicklungsstörungen stand der Zollernalbkreis mit 8,0 % an der Spitze, es folgten Reutlingen mit 6,8 % und Esslingen mit 6,0 %. Die anderen Kreise stellten 4 % und weniger.

III. DISKUSSION DER EINZELNEN UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

1. Geschlechtsverteilung

In allen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ist ein Uberwiegen der Knaben im Vergleich zu den Mädchen zu beobachten. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist im Vergleich zu anderen Untersuchungen sogar niedrig. Es werden Geschlechtsverhältnisse Knaben zu Mädchen bis zu 1,9 (20) und 2,0 (12) angegeben.

Ein besonders hohes Geschlechtsverhältnis von Knaben zu Mädchen fand HILZINGER (13) in ihren Untersuchungen bei Störungen des Verhaltens und der intellektuellen Leistungsfähigkeit, was mit den eigenen Untersuchungen übereinstimmt (Schulschwierigkeiten 5,6; Verhaltensstörungen 2,5; Psychoseverdacht 3,7).

Auffallend ist, daß unter den Kindern, die durch geringe Schulleistung oder Anpassungsfähigkeit auffallen, die verhaltensgestört, neurotisch oder kriminell sind, der Prozentsatz der hirnorganisch Geschädigten ungleich höher ist, als in der Normalbevölkerung (bis zu 40 % (LEMPP) gegenüber 13,7 % (STRUNCK) bzw. 16,6 % (SCHENCK UND WEBER)). Es scheint ein eindeutiger Zusammenhang zwischen frühkindlichem Hirnschaden und psychischer Stör-

anfälligkeit zu bestehen.

Die COLLABORATIVE STUDY (7) zeigte, daß die Schädigungen neugeborene Jungen häufiger betreffen als Mädchen. Dies stimmt überein mit dem Pfaundler'schen "Gesetz der primären Resistenzschwäche der Knaben", das besagt, daß Jungen immer dann, wenn äußere Lebensanforderungen neu einsetzen, sich weniger widerstandsfähig erweisen und deshalb häufiger erkranken und sterben.

HILZINGER (13) stellte allerdings fest, daß kein direkter Zusammenhang zwischen dem Prozentsatz frühkindlicher Hirnschädigung und der Höhe des Geschlechtsverhältnisses besteht.

Ein anderer Deutungsversuch ist die Erfahrung, daß bei Verwahrlosungserscheinungen, die einen beträchtlichen Anteil der stationär aufgenommenen Kinder ausmachen, die Jungen eine überwiegend aggressive und lärmende Expansivität aufweisen, während die Mädchen überwiegend zu passiven und stillen Verwahrlosungssyndromen tendieren (11).

Dies mag nach BIERMANN (6) durch eine aggressionsfördernde Erziehung der Jungen bedingt sein.

Die Knaben stören durch ihre Verhaltensweisen die gesellschaftliche Ordnung also stärker als die Mädchen, wodurch eine frühere und häufigere Aufnahme der Knaben erklärbar wäre.

2. Altersverteilung

Über 2/3 der Patienten waren 7 bis 14 Jahre alt. In dieser Altersgruppe sind die psychischen Entwicklungsstörungen sehr häufig. Nach HARBAUER (12) ist in der mittleren bis späten Kindheit (6./7. bis 11./12. Lebensjahr) eine erhöhte psychische Anfälligkeit zu beobachten. Er erklärt dies zum Teil durch die Schulbelastung im weitesten Sinne, wobei häufig Verhaltensstörungen manifest werden, deren Ursachen schon in der frühen Kindheit liegen und dann unter der Belastung der Schulzeit dekompensieren.

Im Reifungsalter, das mit der Vorpubertät zwischen dem 9. und 13. Lebensjahr beginnt, ergibt sich eine Diskrepanz zwischen körperlicher und seelischer Reifung (17). In der Pubertät wird diese Diskrepanz noch stärker, dazu kommt eine verminderte Realitätsanpassung. In dieser Entwicklungsphase kommt es, zum Teil auch durch Überforderung der Kinder durch ihre Umgebung, häufig zu Pubertätskrisen und psychischen Fehlentwicklungen.

In den jüngeren Altersgruppen (2. bis 6. Lebensjahr) wird wohl überwiegend eine ambulante Beratung der Eltern bei Entwicklungsverzögerungen und -störungen stattfinden. Die meisten Kinder dieser Gruppe wurden zur Behandlung einer Enure-

sis, die ambulant therapieresistent war, oder zur Abklärung einer Entwicklungsverzögerung aufgenommen.
Die höhere Altersgruppe, die das 15. bis 19. Lebensjahr einschließt, ist wohl deswegen nur schwach vertreten, weil viele Jugendliche dieses Alters schon in der Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen werden.

3. Familiäre Situation

Daß die familiäre Situation für die kindliche Entwicklung und damit auch für die psychische Entwicklung bzw. Fehlentwicklung eine große Bedeutung hat, ist heute wohl allgemein anerkannt. Viele Beispiele in der Literatur belegen, daß nicht normale Familienverhältnisse wie nichteheliche Geburt, Zerwürfnisse, Verlust eines Elternteiles oder beider Eltern durch Tod, Scheidung oder Trennung eine Disposition für psychische Störungen im Kindesalter bilden.
D. BECK (3) fand bei Kindern aus gestörten Familien signifikant mehr Erziehungsschwierigkeiten, Diebstähle, Naschen, Aggressivität, motorische Unruhe, Konzentrationsstörungen und Weglaufen als bei Kindern aus vollständigen, ungestörten Familien.

Obwohl leider nicht festzustellen war, wie hoch der Anteil der nicht normalen Familien in der Normalbevölkerung ist, erscheint der in den eigenen Untersuchungen festgestellte Prozentsatz von 31,1 % relativ hoch.
Auch WIRSCHING (19) fand in seiner "Untersuchung über die Beziehung zwischen nicht normalen Familienverhältnissen und der Häufigkeit und Art psychoreaktiver Störungen" an Erwachsenen einen Prozentsatz von 32,3 % der untersuchten Patienten, die in nicht normalen Familienverhältnissen aufgewachsen waren.

4. Stellung in der Geschwisterreihe

Nach S. BECK (3) ist das Ergebnis, daß mehr mittlere Kinder in stationärer psychiatrischer Behandlung sind als der Repräsentativbevölkerung entspricht, nur bedingt verwertbar. Nach ihren und anderen Untersuchungen (BETTRAY (5)) kommen im Patientengut weniger Kinder aus Familien mit einem oder zwei Kindern vor, als der Normalbevölkerung entspricht. Dadurch müssen die Mittleren überrepräsentiert sein, auch wenn bei gesonderter Betrachtung der Häufigkeit der Ältesten, Mittleren und Jüngsten aus Familien mit drei und mehr Kindern sich die zu erwartenden Zahlen an-

nähernd bestätigen.

Daß die Einzelkinder weniger stark vertreten sind, als die Repräsentativbevölkerung erwarten läßt, bestätigt die Feststellungen von BECK und LEMPP, HAU und RÜPPEL sowie BETTRAY, daß Einzelkinder in ihrer Entwicklung weniger störende Einflüsse erfahren als Kinder in Mehrkinderfamilien (mit 4, 5, 6 und mehr Kindern).

Ein zusätzlicher Gesichtspunkt dürfte noch sein, daß die Mehrzahl der Kinder aus den unteren sozialen Schichten stammten, und in diesen Einzelkinder sicherlich viel seltener vertreten sind als in den oberen Schichten.

Das ungleiche Geschlechtsverhältnis in den einzelnen Geschwisterpositionen widerspricht den Untersuchungen von S. BECK, wonach die Gleichverteilung 2 : 1 über alle Positionen gewahrt bleiben müßte, bis auf einen Anstieg der Mädchen in der Gruppe der Einzigen.

5. Sozialer Status

HOLLINGSHEAD und REDLICH fanden in ihrer NEW - HAVEN - Studie (14) einen direkten Zusammenhang zwischen sozialem Status und psychischen Störungen. Sie stellten eine deutliche Zunahme der Quote psychischer Störungen von Schicht I (Un-

ternehmer, Spitzeneinkommen usw.) zu Schicht V (ungelernte Arbeiter, Slumbewohner usw.) fest. Bei einer Auswertung von 25 Studien zur Sozialepidemiologie psychischer Störungen fand DOHRENWEND (8) beinahe durchgehend ein gemeinsames Ergebnis: eine Häufung psychischer Störungen in der Unterschicht.

Auch BECKER, LEMPP und VEITH - NOWACK (18) wiesen in ihrer Feldstudie über kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen in Tübingen nach, daß die Erkrankungshäufigkeit bei allen Diagnosen von der sozialen Struktur abhängt.

Die eigenen Ergebnisse bestätigen dies. Obwohl in der Gruppe der Arbeiter auch qualifizierte Facharbeiter enthalten sind, die man durchaus nicht zur untersten Schicht zählen kann, ist diese Gruppe stärker vertreten, als nach der Verteilung in der Normalbevölkerung zu erwarten wäre.

6. Einweisungsweg

Es erstaunt der relativ geringe Prozentsatz an einweisenden Hausärzten (34,8 %), wenn man bedenkt, daß in Baden - Württemberg auf 2 209 Einwohner ein Allgemeinarzt kommt, aber nur ein Kinderarzt auf 20 431 Einwohner (14,4 % der eingewiesenen Kinder) und gar nur ein Nervenfacharzt auf 33 952

Einwohner (15,4 % der eingewiesenen Kinder). Dies ist wohl dadurch erklärbar, daß viele der Kinder vor ihrer stationären Aufnahme wegen ihren Störungen (z.B. Krampfleiden) schon in fachärztlicher Behandlung waren.

Der hohe Prozentsatz an überweisenden Kliniken (15,6 %) ist durch die Tatsache erklärbar, daß die meisten Kinder mit einer Enuresis, einer Anorexia nervosa, nach einem Suicidversuch und auch mit einem akuten Krampfleiden in der Regel erst in eine Kinderklinik oder Kinderabteilung des städtischen Krankenhauses eingewiesen werden.

Unter den Kindern, die durch eine Schule bzw. das Jugendamt eingewiesen wurden (13,3 %), waren hauptsächlich verhaltensgestörte Kinder und Kinder mit Schulschwierigkeiten, die zum Teil schon auf Sonderschulen gingen und deren Familien teilweise durch das Jugendamt betreut wurden.

Die Eigeninitiative der Eltern zu erfassen, war extrem schwierig. Selbst bei alleiniger Initiative von Seiten der Eltern, sind diese schon aus Kostengründen darauf angewiesen, daß ein niedergelassener Arzt das Kind in die Klinik einweist. Dies wird in erster Linie vermutlich der Hausarzt sein. Ob dieser jedoch den Wunsch der Eltern im

Einweisungsschreiben vermerkt, ist alleine in sein Ermessen gestellt.
Vom Gericht wurden die Kinder in der Regel zur Erstellung von Gutachten in Strafsachen oder in Streitfragen über das Sorgerecht eingewiesen.

7. Einweisungsgrund

Mit 19,8 % waren die Verhaltensstörungen die häufigste Einweisungsdiagnose.
Einer Verhaltensstörung kann eine Vielfalt von Ursachen zugrunde liegen: sie kann milieureaktiv bei innerseelisch konträren Einstellungen der Eltern zum Kind mit pathologischen Haltungen oder Reaktionen der Eltern in Konflikt- und Verzweiflungssituationen des Kindes zustande kommen, sie kann als Folge eines frühkindlichen Hirnschadens oder einer Teilleistungsstörung auftreten, ein postencephalitisches Zustandsbild sein, das Symptom eines organischen Psychosyndroms oder einer kindlichen Psychose darstellen, oder im Rahmen einer Pubertätskrise auftreten.
Die Verhaltensstörung kann also Folge einer Vielzahl verschiedener Erkrankungen oder psychischer Fehlentwicklungen sein.
Enuresis und Enkopresis (10,9 % der Einweisungsgründe) gehören zu den häufigsten kindlichen Neu-

rosen.

Nach VON HARNACK (12) bettnässen über 5 % aller Kinder, nach P. STRUNK (12) 10 % der Kinder nach Vollendung des vierten Lebensjahres und zu Beginn des Schulalters noch 4,5 % der Kinder.

Die Encopresis tritt etwa zehnmal seltener auf. Trotzdem erscheint der Prozentsatz von 10,9 % relativ hoch, wenn man bedenkt, daß dies nur Kinder sind, bei denen eine ambulante Behandlung oder die Behandlung durch den Kinder- oder Hausarzt erfolglos blieb. ZILLHARDT (20) fand unter seinen Patienten nur 6,6 % Enuretiker.

Zwei Drittel aller Krampfleiden (9,8 % der Einweisungsgründe) beginnen im Kindesalter. Da sie durch jede Art einer Hirnerkrankung, Hirnschädigung oder Entwicklungsstörung des Gehirns bedingt sein können, ist eine diagnostische wie auch therapeutische Abklärung notwendig.

Die meisten der Kinder wurden nach einem ersten Anfall oder zur medikamentösen Neueinstellung aufgenommen.

8,4 % der Kinder wurden aufgrund von Schulschwierigkeiten eingewiesen.

HARBAUER (12) fand bei Kindern, die wegen Schulschwierigkeiten vorgestellt wurden, nur bei 20 % ein Defizit ihrer Intelligenz in Relation zu der von ihnen besuchten Schulform. LEMPP und MULLER -

KUPPERS fanden bei 35 % bis 45 % eine bis dahin nicht erkannte, frühkindliche hirnorganische Läsion.

Nicht zu unterschätzen ist der Anteil der Kinder, die in einer Uberforderungssituation dekompensieren, sei es durch eine überhöhte Erwartungshaltung der Eltern, einen Lehrer- oder auch Umgebungswechsel. Deswegen ist bei der gegenwärtigen Tendenz zur Leistungssteigerung auch ein Ansteigen der Zahl der eingewiesenen Kinder nicht verwunderlich.

Von den 8,4 % der Patienten, die wegen Sprach- und Entwicklungsstörungen eingewiesen wurden, litten die meisten unter einer Sprachentwicklungsverzögerung oder einem Mutismus.

Da viele Sprachentwicklungsstörungen mit einer diffusen Hirnschädigung einhergehen, ist eine genaue diagnostische Abklärung notwendig. Andererseits ist gerade die Sprachentwicklung sehr großen individuellen Schwankungen unterworfen und extrem störanfällig, da sie von sprachlichen Anregungen und der psychischen Situation des Kindes abhängig ist.

Erstaunlich hoch ist der Anteil der Psychoseverdachte mit 5,9 %. Bei Berücksichtigung des seltenen Auftretens einer Psychose im Kindesalter muß man annehmen, daß sich viele Ärzte dieser

Verdachtsdiagnose als Hilfsmittel bedienen, um eine möglichst schnelle Aufnahme ihrer Patienten zu erreichen.

5,5 % der Patienten wurden mit einer Anorexia nervosa aufgenommen, meist direkt von einer Kinderklinik oder Kinderabteilung eines Krankenhauses übernommen.

Diese psychosomatische Krankheit, an der in erster Linie Mädchen erkranken, ist Ausdruck einer typischen Pubertäts- und Identitätskrise.

Ein Suicidversuch war bei 5,1 % der Fälle der Einweisungsgrund.

Gerade bei Kindern ist eine Grenze zwischen "demonstrativem" und "ernstgemeintem" Selbstmordversuch nur sehr schwer zu ziehen. In jedem Fall ist diese Handlung eine akute Krise, in der das Kind oder der Jugendliche unter einer auswegslos erscheinenden Vereinsamung oder Verzweiflung leidet.

Alarmierend ist die jährlich steigende Selbstmordrate von Kindern und Jugendlichen in der BRD, die ein Spiegelbild der allgemeinen Orientierungslosigkeit, Lebensangst und Kontaktarmut der Jugend in unserer heutigen Gesellschaft darstellt.

5,5 % der Patienten wurden eingewiesen mit neurologischen Erkrankungen wie Tumorverdacht, Commo-

tio cerebri, progressiver Muskeldystrophie oder Neuropathien.

3,5 % der Kinder wurden wegen einer Oligophrenie aufgenommen, um diese diagnostisch abzuklären und die optimalen Förderungsmöglichkeiten für das Kind zu ermitteln.

Bei der Gutachtenerstellung, zu der 3,4 % der Patienten aufgenommen wurden, handelte es sich meist um ein Gerichtsverfahren wegen krimineller Delikte gegen den Jugendlichen und an zweiter Stelle um das Fürsorgerecht für das Kind bzw. den Jugendlichen, entweder bei Ehescheidung der Eltern oder bei Antrag auf Entzug des Fürsorgerechtes durch das Jugendamt.

15,4 % der Patienten wurden aus Gründen aufgenommen, die sich nicht in die obigen Kategorien einordnen ließen und zahlenmäßig zu gering waren, um als weitere Kategorien gesondert aufgeführt zu werden.

Diese 15,4 % enthalten die verschiedenartigsten Einweisungsgründe wie psychosomatische Beschwerden (Kopfweh und Bauchweh), aber auch Alkohol- und Drogenmißbrauch oder die Betreuung von debilen Kindern während einer Behandlung in einer anderen Klinik (zur Zahnsanierung oder Mandelentfernung).

8. Einzugsbereich

Der Einzugsbereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Nervenklinik Tübingen erstreckt sich in erster Linie auf Württemberg. Man kann davon ausgehen, daß Württemberg und Baden etwa gleichviel Einwohner haben (in Württemberg wohnen 53,85 % der Bevölkerung von Baden - Württemberg, in Baden 46,15 %), Württemberg stellt 74,8 % der Patienten, Baden 22,1 %. Das bedeutet, daß aus Württemberg etwa 3,4 mal soviele Patienten kommen wie aus Baden.

Nach FINZEN (10) ist eine gute und schnelle berufliche und soziale Wiedereingliederung der psychisch Kranken nach abgeschlossener stationärer Behandlung nur dann möglich, wenn der Wohnort des Patienten nicht zu weit von der psychiatrischen Klinik entfernt liegt.

Er geht davon aus, daß 1. die Angehörigen des Kranken ohne übermäßigen Aufwand an Zeit und Geld und ohne Besitz eines eigenen Wagens in der Lage sein müssen, den Kranken regelmäßig zu besuchen (was gerade bei Kindern extrem wichtig ist), 2. daß der rekonvaleszente Patient, der an Wochenenden oder Feiertagen nach Hause kann, nicht wegen der zu großen Entfernung oder der Umständlichkeit der Reise auf den Urlaub verzichten muß, 3. daß er als Nachtpatient und 4. daß er als Tagpatient

seine Wohnung ohne Schwierigkeiten erreichen kann.

FINZEN hat das Einzugsgebiet der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in fünf Zonen aufgeteilt. Zone I: 0 - 25 km (optimal), Zone II: 26 - 40 km (bedingt vertretbar), Zone III: 41 - 65 km (Grenzbereich) und Zone IV und V: 66 - 99 km und 100 km und mehr (nicht mehr vertretbar). Die Entfernungen sind gemessen an der Entfernung der jeweiligen Kreisstadt vom zuständigen psychiatrischen Landeskrankenhaus.

Der Innenminister setzte 40 km als Obergrenze an (9).

Die Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Nervenklinik Tübingen erfüllen nur zu 20,4 % die Bedingung, in der optimalen Versorgungszone (0 - 20 km Entfernung) zu liegen, und 27 % wohnen in der bedingt vertretbaren Zone (20 - 40 km). Im Grenzbereich (40 - 60 km) wohnen 26,4 %, und immerhin 26,2 % in der nicht mehr vertretbaren Zone.

Der große Einzugsbereich nimmt nicht wunder, wenn man die kinderpsychiatrische Versorgung von Baden - Württemberg betrachtet: kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen sind außer an den Universitätskliniken in Tübingen, Freiburg und Heidelberg nur noch an den psychiatrischen Lan-

deskrankenhäusern Weißenau, Weinsberg, Stuttgart und Hirsau vorhanden. Für geistig Behinderte existieren außerdem Einrichtungen in Moosbach, Stetten und Liebenau (9).

9. Regionale Verteilung der Patienten mit häufigen Einweisungsdiagnosen

58,23 % aller Patienten kamen aus den Kreisen Böblingen, Calw, Esslingen, Freudenstadt, Göppingen, Reutlingen, Rottweil, Stuttgart, Tübingen, Tuttlingen und dem Zollernalbkreis. Diese Kreise stellen einwohnermäßig zwar nur 28,64 % der Bevölkerung von Baden - Württemberg, trotzdem ist eine Anhäufung von Patienten in diesen Kreisen nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß diese die direkt an Tübingen grenzenden Kreise sind. Dies stimmt auch mit dem Ergebnis über den Einzugsbereich überein (20,4 % der Patienten wohnen in der optimalen Versorgungszone von 0 - 20 km Entfernung und 27 % in der bedingt vertretbaren Zone von 20 - 40 km Entfernung).
Bei Betrachtung der Verteilung der einzelnen Störungen fällt auf, daß bei den Schulschwierigkeiten die vier Kreise mit den höchsten Einwohnerzahlen die meisten Patienten stellen.
Man könnte daraus nun schließen, daß in Gebieten

mit hohen Einwohnerzahlen auch vermehrt Schulschwierigkeiten auftreten, was bei einem großen Schulangebot und erhöhten Leistungsanforderungen ja naheliegt.

Betrachtet man jedoch die Anzahl der Patienten pro 100 000 Einwohner, so sieht das Bild etwas anders aus: Reutlingen hat eine Patientendichte von 3,4, Freudenstadt von 2,0 und Böblingen von 1,3. Es folgen Esslingen, Göppingen und Tuttlingen mit je 0,9.

Damit sind sowohl städtische (RT, BB, ES) wie auch mehr ländliche (FDS, GP, TUT) Kreise gleichermaßen vertreten.

Auch bei den Verhaltensstörungen sollte man eine Anhäufung in dicht besiedelten Gebieten erwarten. Dies wird durch das Ergebnis bestätigt. Einzig Tuttlingen, mit einer relativ geringen Einwohnerzahl, fällt heraus.

Bei den anderen Störungen Enuresis und Encopresis, Anfallsleiden und Sprach- und Entwicklungsstörungen läßt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Kreisgröße und Patientenzahl herstellen.

Es fällt weiter auf, daß sehr viele Patienten aus den Kreisen Reutlingen und Esslingen kommen. Diese beiden Kreise stellen zusammen 26,5 % der hier berücksichtigten Patienten.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Anhand einer statistischen Auswertung von 707 Krankengeschichten von Patienten, die zwischen 1974 und 1976 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Universitätsnervenklinik Tübingen stationär aufgenommen waren, wurde versucht, die räumliche und soziale Gliederung des Patientengutes zu erfassen.

Der Mangel der Arbeit liegt in der teilweisen Ungenauigkeit und Unvollständigkeit der Datenangabe in den Krankenblättern und der daraus resultierenden Vereinfachung der Auswertung.

Es fand sich das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemein beobachtete Überwiegen der Knaben im Vergleich zu den Mädchen (Geschlechtsverhältnis 1,59).

Die Patienten waren zwischen 2 und 19 Jahre alt, wobei eine Häufung in der Altersgruppe der Elf- bis Vierzehnjährigen (41,5 %) und Sieben- bis Zehnjährigen (28,7 %) bestand.

Neben Kindern aus der ursprünglichen Familie (68,9 %) kam ein beträchtlicher Teil aus Heimen oder Internaten (11,2 %) oder einer Teilfamilie (10,3 %).

Einzelkinder waren weniger stark vertreten, als der Verteilung in der Repräsentativbevölkerung

entspricht, Kinder aus Arbeiterfamilien waren überrepräsentiert.

Unter den Einweisungsgründen fand sich die Verhaltensstörung an erster Stelle, gefolgt von Enuresis und Encopresis, Anfällen und Schulschwierigkeiten, die eine zunehmende Tendenz zeigen. Eine Besonderheit in der regionären Verteilung war dabei nicht festzustellen.

Drei Viertel aller Patienten stammten aus Württemberg, wobei Tübingen die höchste Einzugsrate aufwies. Aus dem direkten Umkreis von Tübingen (0 - 20 km Entfernung) wurden 20,4 % aufgenommen, aus der Entfernungszone 20 - 40 km 27 % und aus der Entfernungszone 40 - 60 km 26,4 %.

V. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

Arzteverzeichnis der Landesärztekammer
(1) Baden - Württemberg 1974

Amtliches Gemeindeverzeichnis für Baden - Württemberg, Bd. 208, Heft 1.
(2) Statistisches Landesamt Baden - Württemberg

BECK, D.: Uber die Form psychoreaktiver Störungen bei Kindern, die nicht in ihrer eigenen, vollständigen Familie aufwachsen.
(3) Diss. Tübingen 1969

BECK, S.: Uber die Beziehungen zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und dem Auftreten psychoreaktiver Störungen.
(4) Diss. Tübingen 1964

BETTRAY, R.: Uber die Beziehungen zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und der Häufigkeit und Art der psychoreaktiven Störung.
(5) Diss. Tübingen 1964

BIERMANN, G.: Familie und Kind in der Gesell-
(6) schaft unserer Zeit.
München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
1975

COLLABORATIVE STUDY: Collaborative Study on cere-
(7) bral Palsy, Mental Retardation and other
Neurological and Sensory Disorders of
Infancy and Childhood.
Perinatal Research Branch of the Natio-
nal Institute of Neurological Diseases
and Blindness, Bethesda, Maryland

DOHRENWEND, B. P. and DOHRENWEND, B. S.: Social
(8) status and psychological disorder. A
casual inquiery.
New York: Wiley Interscience, 1969

FINZEN, A.: Werkstattschriften zur Sozialpsychia-
(9) trie, Heft 8.
Soziale Arbeitskreise an der UNK Tü-
bingen

FINZEN, A.: Ansatzmöglichkeiten für eine gemeinde-
(10) nahe Psychiatrie.
Soziale Arbeitskreise an der UNK Tü-
bingen, 1970

HAAS, A.: Die Bedeutung des Wohngebietes für die
(11) Versorgung ambulanter Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen. Diss. Tübingen 1975

HARBAUER, H., LEMPP, R., NISSEN, G., STRUNK, P.:
(12) Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1976

HILZINGER, H.: Untersuchungen über die Ursachen
(13) des Überwiegens von Jungen in einer jugendpsychiatrischen Klinik. Diss. Tübingen 1970

HOLLINGSHEAD, A. B. and REDLICH, F. C.: Social
(14) class and mental illness. A community study. New York: Wiley 1958; London: Chapman & Hall 1958

KLEINING, G. und MOORE, H.: Soziale Selbsteinstufung
(15) (SSE). Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 20 (1968), S. 502 - 552.

LEISER, E.: Die soziale Dimension in der klini-
(16) schen Psychiatrie. Kritik der psychia-
trischen Ideologie an Hand von Befun-
den.
Diss. Berlin 1973

LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Ent-
(17) wicklung.
Bern, Stuttgart, Wien: Hans - Huber -
Verlag 1975

LEMPP, R., BECKER, K. und VEIT - NOWACK, B.: Feld-
(18) studie über kinder- und jugendpsychia-
trische Erkrankungen in Tübingen.
Psychiatrische Praxis 1, S. 150-160,
1974

WIRSCHING, K.-J.: Untersuchung über die Beziehung
(19) zwischen nicht normalen Familienverhält-
nissen und der Häufigkeit und Art psy-
choreaktiver Störungen.
Diss. Tübingen 1970

ZILLHARDT, H.-W.: Felduntersuchung zur sozialen
(20) und räumlichen Gliederung der ambulanten Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen im Jahr 1970. Diss. Tübingen 1976

LEBENSLAUF

Am 19.5.1953 wurde ich, Brigitte Keyser, als Tochter des kaufmännischen Angestelten Karl-Heinz Keyser und dessen Ehefrau Margarete Keyser, geb. Kallweit, in Reutlingen geboren.

Von 1960 bis 1964 besuchte ich die Hermann-Kurz-Schule in Reutlingen und wechselte dann auf das Isolde-Kurz-Gymnasium in Reutlingen über. Dort legte ich am 1.7.1972 die Reifeprüfung ab.

Im Wintersemester 1972/73 studierte ich Biologie und Mathematik an der Pädagogischen Hochschule in Reutlingen.

Am 2.4.1973 begann ich mein Studium der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen.

Die Ärztliche Vorprüfung legte ich am 25.8.1975 in Reutlingen ab, den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am 31.8.1976 und den zweiten Abschnitt am 21.8.1979.

Im Praktischen Jahr, das ich an den Städtischen Krankenanstalten Esslingen ableistete, arbeitete ich im Wahlfach Pädiatrie.

Am 15.10.1980 legte ich in Tübingen und Reutlingen den dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ab.